1ER JORNADA DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL SAMIC EL CALAFATE

MARCO NORMATIVO, DOCTRINARIO Y JURISPRUDENCIAL DE ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (AET) EN LA REPÚBLICA ARGENTINA

MESA REDONDA: “ADECUACIÓN DEL ABORDAJE TERAPÉUTICO A PROPÓSITO DE UN CASO”

Dr. Pablo A.G. Ferro

Título Preliminar: Contexto y Justificación del Análisis

El objetivo primario de este documento es proporcionar el sustento teórico y legal para la Mesa Redonda sobre Adecuación del Esfuerzo Terapéutico (AET), garantizando que el debate clínico se desarrolle con el "máximo rigor jurídico" requerido.

La medicina intensiva contemporánea opera en una frontera delicada donde la capacidad técnica de prolongar la vida biológica a menudo entra en colisión con el imperativo ético de no prolongar la agonía. Como bien señala la reseña de la actividad propuesta, es imperativo para el equipo de salud transitar la frontera entre "lo médicamente posible, lo legalmente permisible y lo éticamente correcto". Se procura en estas páginas disipar la incertidumbre normativa, ofreciendo seguridad jurídica al equipo médico y protección a los derechos de los pacientes, transformando la letra fría de la ley en herramientas operativas para la toma de decisiones en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI).

Capítulo I: Fundamentos Constitucionales y el Paradigma de la Autonomía

Para comprender la legalidad de la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico (AET) en Argentina, es insuficiente detenerse únicamente en la legislación sanitaria específica; es necesario ascender a la cúspide de la pirámide jurídica: la Constitución Nacional y el Bloque de Constitucionalidad Federal. La práctica médica en Argentina ha transitado un cambio copernicano, desplazándose desde un modelo paternalista hipocrático hacia un modelo autonomista centrado en los Derechos Humanos.

1.1. La Dignidad Humana como Bien Jurídico Supremo

La dignidad de la persona humana constituye el epicentro del ordenamiento jurídico argentino. En el contexto de los cuidados críticos, la dignidad no se define únicamente por la preservación de los signos vitales, sino por el respeto a la integridad moral, física y psíquica del individuo. La Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) ha interpretado que el derecho a la vida no es absoluto en el sentido de obligar a una persona a soportar una existencia que juzga indigna o degradante debido a intervenciones médicas invasivas y fútiles.

La "vida digna" implica el reconocimiento de que la biología no puede imponerse sobre la biografía del paciente. Cuando el Hospital SAMIC propone debatir los "dilemas éticos" y las "zonas grises", se está adentrando en la ponderación constitucional entre el deber de beneficencia médica (hacer el bien) y el principio de no maleficencia (no dañar, prohibición del encarnizamiento terapéutico). La AET, lejos de ser una claudicación, es la respuesta constitucional a la prohibición de tratos crueles, inhumanos o degradantes, garantizada por los tratados internacionales incorporados en el artículo 75, inciso 22 de la Constitución Nacional.

1.2. El Principio de Reserva y Autodeterminación (Art. 19 CN)

El artículo 19 de la Constitución Nacional establece que las acciones privadas de los hombres que no ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un ter-

cero, están solo reservadas a Dios y exentas de la autoridad de los magistrados. Esta norma es la piedra angular de la autonomía del paciente.

En la jurisprudencia, el fallo "Bahamondez" (1993) y posteriormente el fallo "Albarracini" (2012) de la CSJN, consolidaron la doctrina de que un paciente competente tiene el derecho absoluto a rechazar terapias, incluso si dicha decisión conduce a su muerte, sin que ello constituya un suicidio ni una eutanasia. La decisión de rechazar un soporte vital (como la ventilación mecánica o la diálisis) en una UTI pertenece a la esfera de reserva del individuo. El Estado, y por extensión el equipo médico del Hospital SAMIC, no puede imponer una concepción de "salud" o "bien" en contra de la voluntad del titular del cuerpo.

Este principio es vital para la "seguridad jurídica del equipo de salud". Si el médico actúa respetando una negativa informada basada en la autonomía del paciente, está protegido por la Constitución. La responsabilidad jurídica nace, paradójicamente, cuando el médico ignora esta voluntad e impone un tratamiento no consentido, lo cual podría tipificarse como el delito de lesiones o coacción, además de constituir una falta ética grave y una responsabilidad civil por daño a la dignidad.

Capítulo II: Marco Normativo Específico - Ley 26.529 y Modificatorias

El análisis de la "operatividad de la legislación argentina vigente" solicitado por el Hospital SAMIC requiere un desglose pormenorizado de la Ley 26.529 de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado, con las modificaciones introducidas por la Ley 26.742 (conocida como Ley de Muerte Digna).

Tabla 1: Marco Legislativo de la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico (Añadido)

Normativa	Concepto Clave	Aplicación en UTI
Ley 26.529	Derechos del Paciente e HC	Base para el Consentimiento Informado y el rechazo de terapias.
Ley 26.742	Muerte Digna	Permite el retiro de soporte vital e hidratación en cuadros irreversibles.
Ley 27.797	Ley Nicolás	Seguridad del paciente y prevención de daños evitables.
Ley 27.447	Ley Justina	Donante presunto en manejo del paciente neurocrítico.
CCCN Art. 59	Código Civil y Comercial	Regula el consentimiento informado para actos médicos.

2.1. El Consentimiento Informado en Situaciones de Alta Complejidad

El consentimiento informado no es un mero trámite administrativo; es la legitimación jurídica del acto médico. En el escenario de la Terapia Intensiva, donde la competencia del paciente fluctúa o se pierde, la ley establece mecanismos precisos.

2.1.1. Derecho a la Información Sanitaria (Art. 59 CCCN y Ley 26.529)

La base de cualquier AET es la información. El equipo médico tiene la obligación de proveer información clara, precisa y adecuada sobre:

1. El estado de salud.
2. El procedimiento propuesto (ej. intubación, traqueotomía).
3. Los beneficios esperados.
4. Los riesgos, molestias y efectos adversos.
5. La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos.
6. Las consecuencias previsibles de la no realización del tratamiento.

En el contexto de la Mesa Redonda, se debe enfatizar que la información sobre la futilidad de un tratamiento es un deber legal. Omitir informar que una reanimación cardiopulmonar (RCP) tiene nulas chances de éxito y solo prolongará el sufrimiento es una violación al deber de información que vicia cualquier consentimiento posterior. La "conspiración de silencio" (ocultar la gravedad a la familia o paciente) es jurídicamente inaceptable.

2.1.2. Revocabilidad del Consentimiento

La ley argentina es explícita: el consentimiento es esencialmente revocable. Un paciente que aceptó ingresar a UTI e intubarse tiene derecho, si recupera la conciencia o a través de sus representantes si dejó directivas, a revocar ese consentimiento si considera que las condiciones de vida resultantes no son aceptables. El equipo del Hospital SAMIC debe comprender que retirar el soporte vital (extubación paliativa) a pedido del paciente es un acto de respeto a la revocación del consentimiento, legalmente homologable al no inicio de la terapia.

2.2. Ley 26.742: La "Muerte Digna" y la Limitación del Esfuerzo

Esta ley vino a clarificar las "zonas grises" que paralizaban a los médicos por temor a demandas penales. Introduce definiciones críticas para la práctica intensivista.

2.2.1. El Derecho al Rechazo de Tratamientos Específicos

La norma faculta al paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, a rechazar:

- Procedimientos quirúrgicos.
- Reanimación artificial.
- Retiro de medidas de soporte vital.

La clave jurídica aquí es la condición de irreversibilidad o enfermedad terminal. El debate en las Jornadas debe centrarse en cómo se diagnostica y documenta esta condición en la Historia Clínica para activar la protección legal de la AET.

2.2.2. Hidratación y Alimentación como Tratamiento Médico

Uno de los avances doctrinarios más significativos incorporados por la Ley 26.742 y ratificado por el Código Civil y Comercial, es la consideración de la hidratación y alimentación artificial (enteral o parenteral) como tratamientos médicos, y no como cuidados básicos de confort.

Esto implica que, jurídicamente, la nutrición artificial puede ser rechazada o suspendida si se convierte en un medio desproporcionado que solo prolonga el tiempo de agonía en un estado irreversible.

Este punto suele ser el de mayor conflicto ético-emocional para las familias y el equipo de enfermería. Por ello, la "seguridad jurídica" depende de explicar que suspender la nutrición en un paciente agónico no es "matarlo de hambre", sino dejar de interferir artificialmente en el proceso de apagamiento metabólico natural del cuerpo, evitando complicaciones como la sobrecarga de fluidos y el edema pulmonar.

Tabla Comparativa: Eutanasia, Suicidio Asistido y AET en el Derecho Argentino

Para mayor claridad conceptual en la Mesa Redonda, se presenta la siguiente distinción jurídica fundamental:

Concepto Jurídico	Definición Operativa	Estatus Legal en Argentina	Encuadre Penal
Adecuación del Esfuerzo Terapéutico (AET)	Retiro o no inicio de medidas de soporte vital ante futilidad o rechazo informado, permitiendo la evolución natural de la enfermedad.	**LEGAL Y OBLIGATORIO** (si hay rechazo o futilidad).	**Atípico** (No es delito). Cumplimiento de un deber legal.
Sedación Paliativa	Administración de fármacos para reducir la conciencia tanto como sea necesario para aliviar un síntoma refractario (dolor, disnea, delirio).	**LEGAL** (Derecho del paciente).	**Atípico.** Parte de la Lex Artis de cuidados paliativos.
Eutanasia Activa	Acción deliberada y directa (ej. inyección letal) con la intención primaria de provocar la muerte para acabar con el sufrimiento.	**ILEGAL.**	**Homicidio** (Art. 79 CP). Posible atenuante por piedad, pero sigue siendo delito.
Suicidio Asistido	El profesional provee los medios (fármacos), pero es el paciente quien ejecuta la acción final.	**ILEGAL.**	**Instigación o ayuda al suicidio** (Art. 83 CP).

El Hospital SAMIC debe establecer protocolos que aseguren que todas las acciones de AET se mantengan estrictamente en la primera y segunda categoría, documentando la intención (alivio de síntomas/respeto a la autonomía) y la causalidad (muerte por enfermedad de base).

Capítulo III: El Código Civil y Comercial de la Nación (CCCN) y la Capacidad Jurídica

La entrada en vigencia del CCCN en 2015 unificó el derecho privado y constitucionalizó el derecho civil, impactando directamente en la práctica médica.

3.1. Artículo 60: Directivas Anticipadas

El artículo 60 del CCCN es la herramienta más potente para la extensión de la personalidad jurídica del paciente más allá de su consciencia.

"La persona plenamente capaz puede anticipar directivas y conferir mandato respecto de su salud y en previsión de su propia incapacidad..."

3.1.1. Validez y Forma

Aunque la ley sugiere la formalidad escrita (ante escribano o juzgado), la doctrina moderna y el espíritu de la Ley de Derechos del Paciente favorecen la flexibilidad en el ámbito clínico. Una directiva registrada en la Historia Clínica con la firma del paciente y testigos tiene plena validez.

En el contexto de la UTI del Hospital SAMIC, se debe instruir al equipo para que, al ingreso de pacientes con enfermedades crónicas evolutivas, se indague activamente sobre la existencia de estas directivas. Ignorarlas genera responsabilidad profesional.

3.1.2. Límites de las Directivas

El Art. 60 establece un límite claro: "Las directivas que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas se tienen por no escritas". Esto protege al médico. Si un paciente dejó escrito "quiero que me inyecten algo para morir", el médico debe ignorar esa cláusula específica, pero mantener la validez de las cláusulas de rechazo de tratamiento (ej. "no quiero respirador").

3.2. Artículo 59: El Consentimiento por Representación

Cuando el paciente no puede decidir y no hay directivas previas, la decisión se traslada a los representantes legales. El orden de prelación suele tomarse por analogía de la Ley de Trasplantes (Cónyuge, Hijos, Padres, Hermanos, etc.).

Es crucial entender el rol del representante: no decide según "su" deseo, sino que debe ejercer un juicio sustitutivo (decidir lo que el paciente hubiera querido) o, en su defecto, buscar el mejor interés del paciente desde una perspectiva objetiva de calidad de vida y dignidad. El equipo médico debe guiar a la familia en este proceso, evitando que carguen con la "culpa" de la decisión, re-enmarcando la situación como un reconocimiento de la condición médica irreversible.

Capítulo IV: Intersección con Ley Justina y Ley Nicolás

La propuesta de la Mesa Redonda destaca acertadamente la necesidad de integrar la Ley 27.447 y la Ley 27.797.

4.1. Ley Justina (27.447) y el Final de la Vida

La presunción de donación impone una nueva capa de complejidad en la AET.

- **Protocolo de Muerte Encefálica:** Si la AET se plantea en un paciente con lesión neurológica grave, el equipo debe primero descartar o confirmar la evolución

a muerte encefálica. Si hay muerte encefálica, el paciente fallece legalmente y se activa el operativo de procuración (a menos que haya oposición expresa registrada).

- **El "Donante en Asistolia":** En el mundo, y incipientemente en Argentina, se plantea la donación tras la parada circulatoria (luego de una AET y extubación). Esto requiere una coordinación milimétrica y protocolos éticos estrictos para asegurar que la decisión de retirar el soporte sea independiente del interés por los órganos.

4.2. Ley Nicolás (27.797) y la Calidad de Muerte

Esta ley reciente refuerza el enfoque de cuidados centrados en la familia. Para el Hospital SAMIC, esto implica una revisión de las normas de visita en UTI.

La AET no puede realizarse en soledad. La ley garantiza el "derecho al acompañamiento". Jurídicamente, impedir el acceso de un familiar durante los últimos momentos de vida (salvo riesgo sanitario grave y comprobado) es una vulneración de derechos susceptible de amparo judicial y reclamo de daños morales. La "humanización" no es una cortesía, es una obligación legal.

Capítulo V: Doctrina y Jurisprudencia Relevante

Para cumplir con la consigna de "máximo rigor jurídico" consultando jurisprudencia, se deben analizar los fallos rectores que guían la interpretación de estas leyes.

5.1. Fallo "Albarracini Nieves" (CSJN, 2012)

- **Hechos:** Paciente Testigo de Jehová que dejó directiva anticipada rechazando transfusiones. Entra en coma y la familia (padre) solicita transfusión vía judicial para salvarle la vida.
- **Resolución:** La Corte Suprema falló a favor de respetar la voluntad del paciente expresada en la directiva, incluso si conducía a la muerte.
- **Doctrina para el SAMIC:** Este fallo ratifica que no hay un "interés estatal" en mantener la vida contra la voluntad del individuo competente. Valida la fuerza vinculante de las directivas anticipadas en situaciones críticas.

5.2. Fallo "D.M.A." (CSJN, 2015)

- **Hechos:** Paciente en estado vegetativo persistente (no muerte encefálica) por más de 20 años. La familia solicita el retiro de hidratación/alimentación.
- **Resolución:** La Corte autorizó el retiro del soporte, considerando que se trataba de un ensañamiento terapéutico que vulneraba la dignidad del paciente, basándose en el testimonio reconstruido de su voluntad presunta.
- **Doctrina para el SAMIC:** Confirma que la hidratación/nutrición es tratamiento médico y que puede retirarse en estados de inconsciencia permanente, validando el consentimiento por representación de la familia cuando reconstruye la voluntad del paciente.

Capítulo VI: Análisis de Escenarios Clínicos y Zonas Grises

Respondiendo a la metodología de "Análisis Basado en Casos Reales", se aplican los conceptos vertidos a situaciones típicas de la Terapia Intensiva.

Escenario 1: El Ingreso "Dudoso"

Situación: Paciente añoso, con demencia avanzada, ingresa por shock séptico. No hay directivas. La familia exige "todo".

Análisis Jurídico: El médico debe evaluar la proporcionalidad. Ingresar a UTI a un paciente con demencia terminal puede constituir obstinación terapéutica (mala praxis).

Acción Recomendada: Realizar una "Prueba Terapéutica" (Time-limited trial). Se acuerda con la familia ingresar por 48-72hs. Si no hay respuesta, se adecúa el esfuerzo. Esto satisface la demanda familiar inicial pero establece límites técnicos legales.

Escenario 2: El Retiro de la Ventilación Mecánica

Situación: Paciente con falla multiorgánica irreversible. Se decide AET.
Dilema: ¿Cómo se ejecuta?

Protocolo Legal: Se debe registrar la decisión en la HC. Se inicia sedación paliativa (opioides + benzodiacepinas) antes de la extubación o desconexión para garantizar la ausencia de disnea (principio de no maleficencia). Jurídicamente, la muerte es causada por la enfermedad, no por la extubación. La sedación es el garante ético del procedimiento.

Escenario 3: Discrepancia dentro del Equipo de Salud

Situación: Enfermería se niega a suspender la alimentación por objeción de conciencia.

Análisis Jurídico: La ley permite la objeción de conciencia individual, pero la institución (Hospital SAMIC) debe garantizar el cumplimiento de la prestación.

Resolución: Se debe respetar la objeción del enfermero/a, pero la jefatura debe proveer inmediatamente un reemplazo que ejecute la orden médica lícita. La objeción no puede impedir el ejercicio del derecho del paciente a la AET.

Capítulo VII: Seguridad Jurídica y Documentación

La principal preocupación del Ministerio de Salud y del personal hospitalario suele ser la litigiosidad. La seguridad jurídica se construye sobre la calidad del registro.

7.1. La Historia Clínica como Prueba Documental

En un juicio de mala praxis, "lo que no está escrito, no sucedió". Para la AET, la HC debe contener:

1. **Diagnóstico de Irreversibilidad:** Fundamentado con datos objetivos (scores, imágenes, falta de respuesta a tratamiento).

2. **Registro de Reuniones Familiares:** Quiénes estuvieron, qué se informó, qué comprendieron, qué decidieron.
3. **Fundamentación Bioética:** Explicitar por qué continuar es fútil y atenta contra la dignidad.
4. **Plan de Cuidados Paliativos:** Detallar que, al retirar el soporte vital, se inician cuidados activos de confort. Esto desarma cualquier acusación de "abandono de persona".

7.2. Rol de los Comités de Bioética

La Ley 24.742 obliga a los hospitales a tener Comités de Bioética. Ante casos conflictivos (disidencia familiar o del equipo), la consulta al Comité es una herramienta de protección jurídica formidable. Un dictamen del Comité (aunque no vinculante) demuestra que la decisión no fue un arrebato individual del médico, sino producto de una deliberación institucional interdisciplinaria, lo cual diluye la culpa y la responsabilidad en un eventual litigio.

Capítulo VIII: Recomendaciones Institucionales para el Hospital SAMIC

Con el fin de "generar recomendaciones institucionales" y "optimizar la toma de decisiones", se proponen los siguientes lineamientos operativos basados en la normativa analizada.

8.1. Tabla de Recomendaciones para Protocolos de AET

Fase del Proceso	Acción Recomendada	Fundamento Legal
Admisión / Comunicación	Incorporar en la anamnesis la pregunta: "¿Tiene Directivas Anticipadas?". Registrar la respuesta. Formalizar las "Conferencias Familiares" con registro escrito en HC. Evitar informes "informales de pasillo".	**Art. 60 CCCN, Art. 11 Ley 26.529.** Ley 26.529 (Derecho a la Información).
Deliberación	Utilizar criterios objetivos de gravedad (SOFA, APACHE) combinados con la trayectoria de enfermedad y valores del paciente.	**Ley 26.742** (Definición de Irreversibilidad).
Decisión	Firma del Consentimiento Informado para AET por parte del representante legal (si el paciente es incompetente).	**Art. 59 CCCN.**
Ejecución	Protocolo estandarizado de extubación paliativa y sedación. Garantizar acompañamiento familiar pleno.	**Lex Artis, Ley 27.797 (Nicolás).**
Post-Mortem	Apoyo al duelo familiar. Completar documentación de defunción con precisión (causa de muerte: patología de base).	**Código Civil y Comercial.**

8.2. Conclusión y Perspectiva

La implementación de estas prácticas en el Hospital SAMIC El Calafate no solo elevará la calidad ética de la atención, sino que situará a la institución a la vanguardia

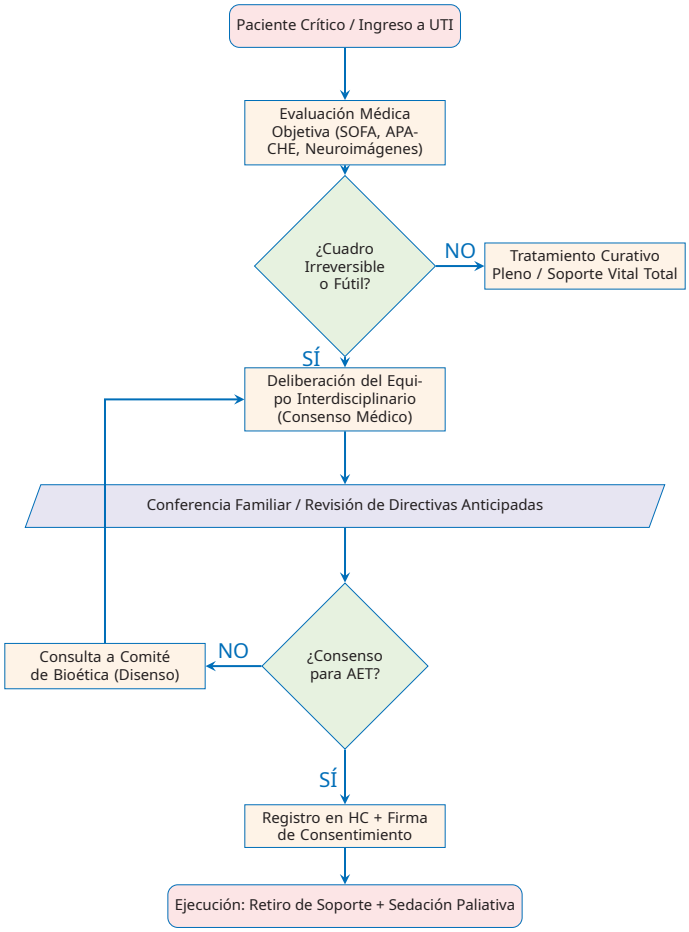
del cumplimiento normativo en Argentina. La adecuación del esfuerzo terapéutico, entendida y ejecutada bajo este riguroso marco legal, deja de ser un tabú para convertirse en un acto médico de excelencia, compasión y justicia.

La legislación argentina actual provee todas las herramientas necesarias para que los intensivistas actúen con la seguridad de que respetar la muerte digna no es un delito, sino un derecho humano fundamental que ellos tienen el privilegio y el deber de custodiar.

Anexo: Síntesis Gráfica y Conceptual

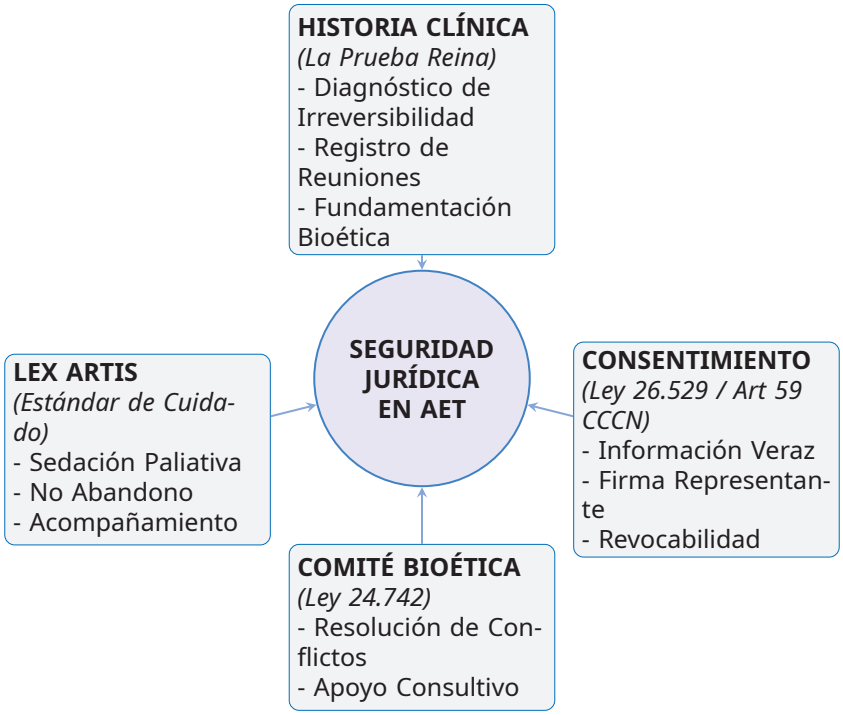
1. Diagrama de Flujo: Protocolo de Toma de Decisiones en AET

Este diagrama sintetiza la ruta crítica de decisión recomendada para la Unidad de Terapia Intensiva, desde el ingreso hasta la resolución.



2. Cuadro Conceptual: El Blindaje Jurídico del Equipo Médico

Resumen visual de los elementos que constituyen la seguridad jurídica en la práctica de la AET, alineando la acción médica con el marco legal.



Fuente: Elaboración propia en base a Ley 26.529, Ley 26.742 y Código Civil y Comercial.